CUESTIONARIO DE AYUDA MÉDICA
PARA INFORMACIÓN DE SEGURO DE UNA TERCERA PARTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	# de Caso:

① ¿Alguien en su hogar tiene seguro médico incluyendo Medicare? ❑ Sí ❑ No
No incluya Medicaid, PCN o CHIP. Si su respuesta es sí complete la sección 1.

②¿Alguien en su hogar ha tenido seguro médico en los últimos 6 meses? ❑ Sí ❑No
Si su repuesta es sí, complete la sección 2.

③¿Tiene seguro médico disponible, el cual no ha obtenido? ❑ Sí ❑ No
Si su repuesta es sí, complete la sección 2.

④ ¿Alguien en su hogar necesita algún servicio médico extensivo? ❑ Sí ❑ No
¿Quien necesita la atención médica?_____ ¿Cual es la necesidad médica?_____
Tiene Usted: 1. ¿Seguro médico disponible que Usted no ha obtenido? ❑ Sí ❑ No
2. ¿Seguro médico que haya terminado en los últimos 60 días? ❑ Sí ❑ No
Si su respuesta es sí, apunte la información en la sección 2. *El embarazo es considerado un servicio médico extensivo.

⑤ ¿Alguien en su hogar ha sido herido en un accidente o asalto? ❑ Sí ❑ No
Si su respuesta es sí, complete la sección 3.

⑥ ¿Hay alguna otra persona que esté obligada a pagar gastos médicos para alguien en su hogar ? ❑ Sí ❑ No
Por favor de el nombre de esta persona _____ # de Teléfono_____

⑦ ¿Alguien en su hogar ha participado en el servicio militar? ❑ Sí ❑ No
Nombre_____ Fechas de servicio _____

Sección 1 - Información de Seguro (Si contestó **NO** a la pregunta 1, no complete esta sección)

Nombre de la compañía de Seguros_____ # de Teléfono_____
Dirección de la compañía de Seguros _____ # de Grupo _____
Nombre del asegurado _____ # de Póliza _____ Fecha _____
Fecha de Nacimiento del asegurado_____Número de Seguro Social del asegurado_____
Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono de este _____
Costo $_____ Fecha de pago_____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____
Nombres de los individuos incluidos:

Nombre de otra compañía de seguros_____ # de Teléfono _____
Dirección de compañía de seguros _____ # de Grupo _____
Nombre del asegurado _____ # de Póliza _____ Fecha_____
Fecha de Nacimiento del asegurado_____Número de Seguro Social del asegurado_____
Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono de este _____
Costo $_____ Fecha de pago_____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____
Nombres de los individuos incluidos:

Sección 2- INFORMACIÓN SOBRE BUY-OUT/PCN

Nombre y Teléfono de la compañía de seguros:_____
Nombre del asegurado_____ Número de Póliza _____
Nombre y Dirección de la compañía de trabajo (pertinente) _____
Si su seguro no es por medio de su trabajo, como lo obtuvo ?_____

Sección 3- INFORMACIÓN DE ACCIDENTE O ASALTO (Si contestó **NO** a la pregunta 5, no complete esta sección)

Por favor indique el tipo de accidente: □ automovilístico □ asalto □ de trabajo □ caída □ mordida de perro
□ tratamiento erróneo □ otro, explique_____
Nombre de la persona (s) herida (s):_____
Fecha del incidente:_____ ¿Se hizo un reporte con la policía? ❑ Sí ❑ No
Departamento de policía: _____ Número de reporte: _____
Nombre del abogado: _____ Número de teléfono: _____

D3530701382

La información dada en esta forma, es correcta, según mi conocimiento, y es dada como condición para recibir ayuda médica. Yo autorizo a cualquier persona u organización, que tenga información relacionada con mi seguro o información de esta forma, pueda dar dicha información al Departamento de Salud (Health Department), División de Financiamiento (Health Care Financing) o a la persona designada.

Como condición de recibir la ayuda médica, yo le cedo al Departamento de Salud , todos mis derechos de recibir beneficios o pagos, de cualquier tercera parte, por servicios médicos, hasta alcanzar la cantidad de dinero que haya pagado el Departamento de Salud por dichos servicios. Yo le autorizo, al Departamento de Salud, que pueda someter su demanda de pago directamente a la tercera parte. Yo autorizo que cualquier pago de beneficios, de una tercera parte, sea pagado directamente al Departamento de Salud. Si yo recibo ayuda médica del Departamento de Salud, yo le daré, al Departamento, cualquier dinero que reciba de una póliza de seguro o de cualquier otra tercera parte, que este obligado a pagar mis cuentas médicas. Yo estoy de acuerdo de declarar sin culpa, a cualquier persona u organización que haga pagos al Departamento de Salud a causa de este acuerdo. Yo estoy de acuerdo en cooperar con el Departamento de Salud en identificar y proveer información que ayude al Departamento en encontrar cualquier tercera parte obligada a pagar mis gastos médicos.

Firma del Cliente	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha

SÓLO PARA EL USO OFICIAL --- Revise en cada solicitud o cada recertificación

BUYOUT potential? ☐ YES ☐ NO Immediate Action Needed? ☐ YES ☐ NO
To pursue BUYOUT, call A-I 538-7018 or J-Z 538-6474 FAX 536-0963
(Phone numbers for office use ONLY)

DATE:											
INITIALS:											
CHANGES * YES/NO											
ORSIS INPUT DATE											

Update changes on a new Form 19 or TPL notice **(ALBY or ALHI) as welll as MMIS.*